



# Ministero dell'Interno

DIPARTIMENTO DELLA PUBBLICA SICUREZZA

Allegato A

## **AUTODICHIARAZIONE AI SENSI DEGLI ARTT. 46 E 47 DEL D.P.R 28 DICEMBRE 2000. N. 445**

Il/la sottoscritto/a \_\_\_\_\_, nato/a il \_\_\_\_\_

a \_\_\_\_\_ residente in \_\_\_\_\_

via \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_

identificato a mezzo \_\_\_\_\_ nr. \_\_\_\_\_

utenza/e telefonica \_\_\_\_\_

email e/o PEC: \_\_\_\_\_

consapevole delle conseguenze penali previste in caso di dichiarazioni mendaci a pubblico ufficiale (art. 76 D.P.R. n. 445/2000 e art 495 c.p.)

### **DICHIARA SOTTO LA PROPRIA RESPONSABILITÀ**

Di essere in transito da \_\_\_\_\_

proveniente da \_\_\_\_\_

e diretto a \_\_\_\_\_

Di essere a conoscenza delle misure di contenimento del contagio di cui all'art. 1. lett. a) del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri del 9 marzo 2020 concernente lo spostamento delle persone fisiche in entrata, in uscita, nonché all'interno dell'Italia, nonché delle sanzioni previste dall'art. 4 comma 1 dello stesso decreto in caso di inottemperanza (art. 650 C.P. salvo che il fatto non costituisca più grave reato).

Che il viaggio è determinato da:

- o comprovate esigenze lavorative;
- o situazioni di necessità;
- o motivi di salute;
- o rientro presso il proprio domicilio, abitazione o residenza.

A questo riguardo, dichiaro che:

A) LAVORO PRESSO \_\_\_\_\_

B) STO RIENTRANDO AL MIO DOMICILIO SITO IN \_\_\_\_\_

C) DEVO EFFETTUARE UNA VISITA MEDICA \_\_\_\_\_

D) ALTRI MOTIVI PARTICOLARI \_\_\_\_\_

Data, ora e luogo del controllo

\_\_\_\_\_

Firma del dichiarante

\_\_\_\_\_

L'Operatore di Polizia

\_\_\_\_\_